

令和6年12月16日

社会文教委員会協議会 資料No.4-2

飯田市保育所等における 医療的ケア児受入れガイドライン (各種様式・参考書式)



令和6年12月

こども未来健康部 保育家庭課

各種様式

◎ 入所時様式

- 〔様式1〕 医療的ケア児等の面接書
- 〔様式2〕 保育所等における医療的ケア実施申請書
- 〔様式3〕 医療的ケアに関する主治医の意見書
- 〔様式4〕 主治医指示書
- 〔様式5〕 医療的ケア児等保育に関する重要説明書及び同意書
- 〔様式6〕 医療機器預かり同意書
- 〔様式7〕 医療的ケア終了届

参考書式（症状に合わせて書式を変更して使用する）

◎ 記録書式

- 〔記録1〕 医療的ケア実施計画書
- 〔記録2〕 医療的ケア児等に関する連絡票
- 〔記録3〕 医療的ケア児等に関する保育日誌
- 〔記録4〕 医療的ケア児等に関する「ヒヤリハット」報告書
- 〔記録5〕 医療的ケア児等に関する事故報告書

◎ 緊急時書式

- 〔緊急1〕 緊急時対応図（フローチャート）
 - 〔緊急2〕 緊急情報提供用紙 ①基本情報
緊急情報提供用紙 ②症状の観察記録
 - 〔緊急3〕 災害時、機材及び物品リストチェック表 サポートリスト
- } ①②共に救急搬送時に
救急隊員に提出

*熊本市健康福祉局こども未来部「保育所等における医療的ケアの実施に関するガイドライン」参照

医療的ケア児等の面接書

1. 対象者

(ふりがな) 園児の氏名	愛称 ()	性別	生年月日 (年齢)					
		男	年	月	日			
保護者氏名		続柄	(年	月	日現在 :	歳)	
現住所						TEL ①	②	
入園希望 保育所等	第1希望 :							
	第2希望 :							
	第3希望 :							
利用希望期間	年		月	日	～	年	月	日まで
利用希望曜日	月		火	水	木	金		
利用希望時間	時		分	～	時	分		
療育施設 (飯田市子ども発達センターひまわり) の利用はありますか								
<input type="checkbox"/> 有 (通所・外来) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 今後予定								
その他療育施設の利用はありますか								
有の場合 : ①施設名 ()								
利用日 : 曜日 : 時間 : 時 分～ 時 分								
有の場合 : ②施設名 ()								
利用日 : 曜日 : 時間 : 時 分～ 時 分								
同居家族	氏名	続柄	生年月日			年齢	性別	勤務先・学校名等
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
障がい手帳をお持ちですか。								
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 : <input type="checkbox"/> 今後申請 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級								
<input type="checkbox"/> 療育手帳 : <input type="checkbox"/> 今後申請 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2								
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 : <input type="checkbox"/> 今後申請 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級								
保育所等における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、主治医の確認を得ていますか。								
1. 主治医が、対象児童が保育所等において保育及び医療的ケアを受けることが可能であると判断すること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未確認								
2. 主治医(医療機関)が、医療的ケアの手技を医療的ケア児担当看護師に指導すること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未確認								
保育所における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、同意しますか。								
1. 病状や医療的ケアに関する情報(主治医の意見や健康状態の変化等)を保育所と十分に共有すること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
2. 医療的ケアに必要な機材・器具及び衛生用品等を不足のないように毎日持参し持ち帰り、準備、点検及び整備を行うこと <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
3. 保育所において保育及び医療的ケアを実施するにあたり、物品の借用、費用の負担及び付き添いをお願いすることがあること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								

2. お子さまについて

お子さまの病名を教えてください。 ()	
アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> 有 内容：食物 () : その他 () アナフィラキシー： あり ・ なし ()	<input type="checkbox"/> 無
内服薬等により、食べられない食品がありますか。 <input type="checkbox"/> 有 食べ物の内容 () 原因となる薬 ()	
<input type="checkbox"/> 無	
かかりつけ医（病院）を教えてください。 病院名： 診療科名： 医師名：	受診頻度： <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 半年ごと <input type="checkbox"/> 1年ごと
病院名： 診療科名： 医師名：	受診頻度： <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 半年ごと <input type="checkbox"/> 1年ごと
病院名： 診療科名： 医師名：	受診頻度： <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 半年ごと <input type="checkbox"/> 1年ごと
かかりつけ医（診療所）がありますか。 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関名： _____ 医師名： _____)	
<input type="checkbox"/> 無	
リハビリテーションを行っていますか。 <input type="checkbox"/> はい (施設名： _____ 内容： PT (理学療法) ・ OT (作業療法) ・ ST (言語聴覚療法))	
<input type="checkbox"/> いいえ	
相談している保健師さんがいらっしゃいますか。 <input type="checkbox"/> いる 担当保健師名： _____	
<input type="checkbox"/> いない	
相談している相談支援専門員さんがいらっしゃいますか。 <input type="checkbox"/> いる (相談支援事業者名： _____ 相談支援専門員名： _____)	
<input type="checkbox"/> いない	
飲んでいる・使用している、お薬がありますか。 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 臨時使用	
食べている食事について	
種類 <input type="checkbox"/> 離乳食 (・初期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 刻み食	
食べ方 <input type="checkbox"/> お口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 腸ろう	
回数 <input type="checkbox"/> 回/日 (時 時 時 時 時 時)	
<input type="checkbox"/> ml/1回 <input type="checkbox"/> 1回の所要時間 分程度	
酸素吸入を使用していますか <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> カニュラ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他)	
吸引をされていますか <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 口の中 <input type="checkbox"/> 鼻から <input type="checkbox"/> 気管カニューレ)	1日何回くらい 最高 回程度 最低 回程度
尿・便について <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 導尿 回/日 <input type="checkbox"/> 人工肛門	
けいれんについて <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ある場合 (一日何回くらいありますか 回) (持続時間は <input type="checkbox"/> 2~3秒 <input type="checkbox"/> 10秒くらい <input type="checkbox"/> 30秒くらい <input type="checkbox"/> 1分以上) (回数は <input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 2, 3回 <input type="checkbox"/> 繰り返す) (対処方法 <input type="checkbox"/> 何もしない <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 座薬使用 <input type="checkbox"/> 口腔溶液(プロラム)使用 <input type="checkbox"/> 救急車要請)	
発達	首が座った時期 (月) <input type="checkbox"/> まだ
	寝返り (月) <input type="checkbox"/> まだ
	はいはい (月) <input type="checkbox"/> まだ
	つかまり立ち (月) <input type="checkbox"/> まだ
	歩き始めた (歳 月ごろ)
移動	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車いす(自走 手伝う 電動)
	<input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他
お子さまが好きな事は何ですか。	
その他、特に配慮するところがあればお書きください。	
年 月 日	
記入者：氏名 続柄：	

保育所等における医療的ケア実施申請書

飯田市保育家庭課 宛

保育所等名

園児氏名
(年齢 歳)

保護者氏名

上記園児について、保育所等における医療的ケア実施に関するガイドラインに定めるところにより、下記のとおり、保育所等における医療的ケアの実施について、別紙「保育所等における医療的ケアに関する主治医指示書」を添えて申請します。
また、保育所等における医療的ケアに関する内容等について、必要に応じて保育所等が主治医と連絡をとることについて同意します。

医療的ケアの種類 ※□にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 痰の吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管切開部) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (<input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> カヌラ) <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> その他 ()
実施内容及び手順 ※主治医との相談を踏まえて、どのような場面で、どのように保育所等において医療的ケアを行うかについて、ご記入ください。	
予想される緊急時の対応	
緊急連絡先	①氏名 (続柄:) / 電話番号: ②氏名 (続柄:) / 電話番号:
主治医の情報	医師名: 医療機関: 所在地: 電話番号: <hr/> 医師名: 医療機関: 所在地: 電話番号:

医療的ケアに関する主治医意見書

下記のとおり、園児の医療的ケアの実施にあたって、参考にしていただくように意見書を作成しましたので、よろしくお願いたします

記

園児氏名		性別		生年月日	年 月 日
園児住所				電話番号	
主たる傷病名					
経過	初診日： 入院歴： <input type="checkbox"/> なし/ <input type="checkbox"/> 有（ 回：最終入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日） 手術歴： <input type="checkbox"/> なし/ <input type="checkbox"/> 有（ 回：最終手術日 年 月 日） 現在の病状はいずれに該当しますか <input type="checkbox"/> 完治している（通院の必要は無い） <input type="checkbox"/> 経過観察中で、定期的な通院が必要である <input type="checkbox"/> 治療継続中である <input type="checkbox"/> 医療的ケアが必要である				
アレルギー	あり ・ なし		アレルギーあり の場合 アレルゲン（ ） アナフィラキシー（あり ・ なし）		
現在の状況	病状・治療、状態				
	服用中の薬剤				
	装着中の医療機器等（該当に○印）	(1) ネブライザー (2) 吸引器 (3) 導尿 (4) 経鼻・経管栄養 (5) 胃ろう (6) 気管カニューレ (7) 酸素療法 (8) その他（ ）			
保育所等での集団生活における医療的ケアに関する事項					
医療的ケアの要否： 必要 ・ 不要 ※「必要」な場合は以下の医療的ケアの中から該当するものにチェックする <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 吸引（口腔・鼻腔・気管カニューレ内） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
保育所等での集団生活上の注意及び配慮事項等					
【園生活上の制限】 <input type="checkbox"/> 制限なし：同年齢児と同じ強度・速度の生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限なし：本児のペースで、発達に応じた生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり：（ ）					
【園生活上の注意及び配慮事項等】 ①健康状態についての <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ②食事の制限や配慮 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ③排泄についての配慮 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ④睡眠についての配慮 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ⑤運動についての配慮 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ⑥屋外運動についての配慮 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ⑦感覚異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⑧コミュニケーション <input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> 苦手 ⑨言葉の遅れ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし ⑩その他特記すべき配慮 <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> なし					
特記すべき留意事項					
年 月 日 住所 医療機関名 主治医名 電話番号					

主 治 医 指 示 書

保育所等名		年少 ・ 年中 ・ 年長
園児氏名		生年月日： 年 月 日
【指示内容】 指示期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）		
主たる傷病名		
症状・治療経過		
投与中の薬剤		
指示事項	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 ・ <input type="checkbox"/> 胃ろう ・ <input type="checkbox"/> 腸ろう 時間・回数・量（ ）
	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 口腔・ <input type="checkbox"/> 鼻腔・ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内・ <input type="checkbox"/> 気管 カテーテルサイズ（ Fr）、挿入（ cm）、回数（ ）
	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 間欠・ <input type="checkbox"/> 留置、（ Fr）、挿入（ cm）、時間（ ）
	<input type="checkbox"/> 血糖管理	※具体的に内容をご記入下さい
	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> カヌラ（ ）ℓ/min <input type="checkbox"/> マスク（ ）ℓ/m
	<input type="checkbox"/> その他	
留意事項		
保育所等での生活上の注意及び配慮事項	【園生活上の制限】	<input type="checkbox"/> 制限なし：同年齢時と同じ強度・速度の生活及び運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限なし：本児のペースで発達に応じた生活及び運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり：（ ）
	【園生活上の配慮】	<input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする
緊急時の対応・連絡先		

上記のとおり、医療的ケアの実施を指示します。

年 月 日

（保育所等名）_____

園 長 _____ 様

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師名： - 5 -

医療的ケア児等保育に関する重要事項説明書

保育所等では、医師が必要と認め、医師による指示の範囲内で医療的ケアを行います。医療的ケアの実施は、お子様の健康管理にとって極めて大切なものであるため、保護者様にも下記の事項をご確認いただいた上で、ご協力をお願いいたします。

【保育所等で実施する医療的ケアの内容】

医師による指示の範囲内で、園児と同様の時間帯に日常的に保護者が行っている医療的ケア（医師の指示の範囲外の医療的ケアは、臨時的であっても行うことはできませんのでご了承ください。緊急時を除く）

【保育所等で医療的ケアを実施するに当たっての確認事項】

- 1 医療的ケアは、看護師が行います。
- 2 医療的ケアの実施には、「主治医指示書」が必要です。
- 3 医療的ケアを実施できるのは、登園時間内です。
- 4 入園後は、医療的ケア実施の状況を確認するため、しばらく保護者の付き添いをお願いします。
- 5 看護師が不在の場合は、保護者の協力をお願いすることがあります。
- 6 登園の際にはお子様の体調を把握し、職員に伝えてください。体調がよくない場合の無理な登園は控えていただくようお願いします。
- 7 緊急時を含め、保育所等から連絡をする場合があるため、必ず連絡が取れるようにしておいてください。
- 8 緊急時の対応について、主治医への協力依頼など、連携を図ってください。
- 9 感染症の流行があった際は、お知らせしますので、主治医への相談など、必要な対応をしてください。
- 10 医療的ケアに必要な医療機材や消耗品は、保護者様をご用意ください。また、医療機材は、毎日持ちお持ち帰りください。
- 11 必要に応じて病院受診に同行させていただくことがありますのでご了承ください。

- 12 関係機関(医療機関・療育機関・教育機関・在宅医療実施機関・行政等)と連携していくため、情報の共有をしていきます。
- 13 医療的ケアの実施内容に変更がある場合は、速やかに「主治医指示書」を再提出してください。
- 14 医療的ケアが、医師の指示により中止・終了した場合は、「医療的ケア終了届」を保護者様が記載し保育所等に提出してください。
- 15 災害時に備えて、薬や栄養剤、医療的ケアに必要な物品（カテーテル等）は、1日分を保育所等に預けてください。
- 16 園外活動については、お子様の安全の確保が前提であることから健康状態、想定される緊急時の対応などを踏まえ、保護者様にご協力をお願いすることがあります。
- 17 1～14の他に必要なことがあれば、保育所等との間で取り決めをすることがあります。

年 月 日

本保育所等における保育の提供を開始するにあたり、本書面に基づき、需要事項説明書の内容について説明を行いました。

保育所等名：

説明者職氏名：

㊞

私は、本書面に基づいて保育所等より重要事項説明書の内容について説明を受け、その内容について同意しました。

保護者住所：保護者署名：

㊞

（園児との続柄： ）

園児氏名：

様式7

医療的ケア終了届

保育所等に通園する園児に対して、保育施設での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、下記の通り保育施設での医療的ケアを終了することを届け出ます。

記

1. 対象園児名 _____

2. 実施していた医療的ケアの内容 _____

3. 終了年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 終了理由 _____

5. 医療機関名 _____

主治医名 _____

年 月 日

_____ 園 園長様

保護者署名 _____

医療的ケア実施計画書		
園児氏名	氏名： (生年月日： 年 月 日)	
作成年月日	年 月 日	
保育所等における医療的ケア開始日	年 月 日	
医療的ケアの種類・内容		
時刻	実施するケア	実施するケアの具体的計画

保護者確認

医療的ケア連絡票

年 月 日 () 園児氏名 () 降園： 時 分 (保護者・事業所)

《前日から当日朝までの家庭の様子》

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	

《当日朝の家庭の様子》

体温	℃ (時 分)	喘鳴	なし・あり (多い・普通・少し)
睡眠	熟睡 ・ 普通 ・ 睡眠不足	spo2 :	% 脈拍 : 回/分
食事	食事時刻 時頃	痰	なし ・ あり (色など)
	注入量 (ml注入)	緊張	強い ・ 普通 ・ 弱い
排尿	最終 時 分 / 色 (濃い・薄い・濁り)	発作	なし ・ あり
排便	時 分 (自然排便・浣腸) 硬い ・ 普通 ・ 泥状 ・ 水様		※時間・様子など

特記事項 (気になる事など)

《保育所等での様子》

確認事項	登園時： 時 分	昼(前)： 時 分	昼(後)： 時 分	降園時： 時 分
体温	℃	℃	℃	℃
脈拍	回/分	回/分	回/分	回/分
呼吸	回/分	回/分	回/分	回/分
spo2	%	%	%	%
呼吸状態	普通・不整・努力	普通・不整・努力	普通・不整・努力	普通・不整・努力
喘鳴	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
肺雑音	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
冷感	普通 ・ あり	普通 ・ あり	普通 ・ あり	普通 ・ あり
顔色	普通 ・ 不良	普通 ・ 不良	普通 ・ 不良	普通 ・ 不良
気切部確認				
吸引				
注入時間 エア/残 注入内容 量				
導 尿	時 分	時 分	時 分	時 分
	もれ ml ・ 導尿 ml	もれ ml ・ 導尿 ml	もれ ml ・ 導尿 ml	もれ ml ・ 導尿 ml

保育所等での様子 (発作等)

--

参考書式_記録3

医療ケア児等保育日誌

(記入者) _____

月 日～ 月 日

園長	主任	記入者

組 氏名 _____

日	活動	支援のポイント	園児の姿	考察
月 日 ○				
月 日 ○				
月 日 求 ○				
月 日 ○				
月 日 ○				

医療的ケア等に関する「ヒヤリハット」報告書

報告者 _____

発生日時	年 月 日 () :	実施者 :
園児	組	氏名
発生場所		
医療的ケア		ヒヤリハットの種類
A	口腔内吸引	・確認忘れ ・サイズ違い ・挿入長違い ・その他 ()
B	鼻腔内吸引	
C	気管内吸引	・確認忘れ ・サイズ違い ・挿入長違い ・その他 ()
D	経鼻 経管栄養	・注入物違い ・注入量まちがい ・速度ちがい ・チューブ抜けかけ ・接続はずれ ・絆創膏はずれかけ ・その他 ()
E	胃ろう 腸ろう	
F	酸素療法	・接続はずれかけ ・酸素流量まちがい ・その他 ()
G	気管切開管理	・はずれかけ ・ひものゆるみ ・その他 ()
H	導尿	・時間ちがい ・チューブサイズ違い ・その他 ()
I	吸入	・薬液種類違い ・薬液量違い ・人まちがい ・その他 ()
J	投薬	
K	食事介助	・食形態まちがい ・むせこみ ・その他 ()
L	体調急変	
M	その他	
発生時の状況 児童の状況		・通園時 ・活動中 ・給食時 ・お昼寝中 ・休憩時
		【児童の状況】
実施した対応		
ヒヤリハットの 原因・要因・背景		・本人の手の動き ・他児の手の動き ・確認不足 ・連絡ミス ・聞き違い ・思い込み ・判断ミス ・忘れ ・知識不足 ・転記ミス ・観察不足 ・情報不足 ・疲労・体調不良 ・その他 ()
今後の対策		
備考		

参考書式_記録5

福祉事務所長 宛

所長	課長	補佐	係長	係

年 月 日

保育所等名 _____

園長 _____ 印

医療的ケア児 事故報告書（速報・事後）

下記のとおり事故が発生したので報告します。

園児名 (生年月日)	(年 月 日) 男・女	保護者名 電 話	
発 生 日	年 月 日 ()	担 任 保育士名	
発生時刻	午前・午後 時 分	発生場所	
事故の種類			
発生原因及び 発生状況	(いつ・どこで・だれが・なにを・どうして・どのように・その結果どうなったのか：____必須) (出血：無・少量・大量 骨折の疑い：無・有 意識：清明・混濁・無し 受診：無・保護者・園・救急)		
保育者の位置			
園でとった 処置及び経過	発生時		
	降園時		
	翌 日		
事故防止の ための対応			
保護者への対 応及び反応			

※治療及び経過は裏面へ

福祉事務所長 宛

所長	課長	補佐	係長	係

令和 年 月 日

保育所等名 飯田りんご保育園

園長 飯田 花子 印

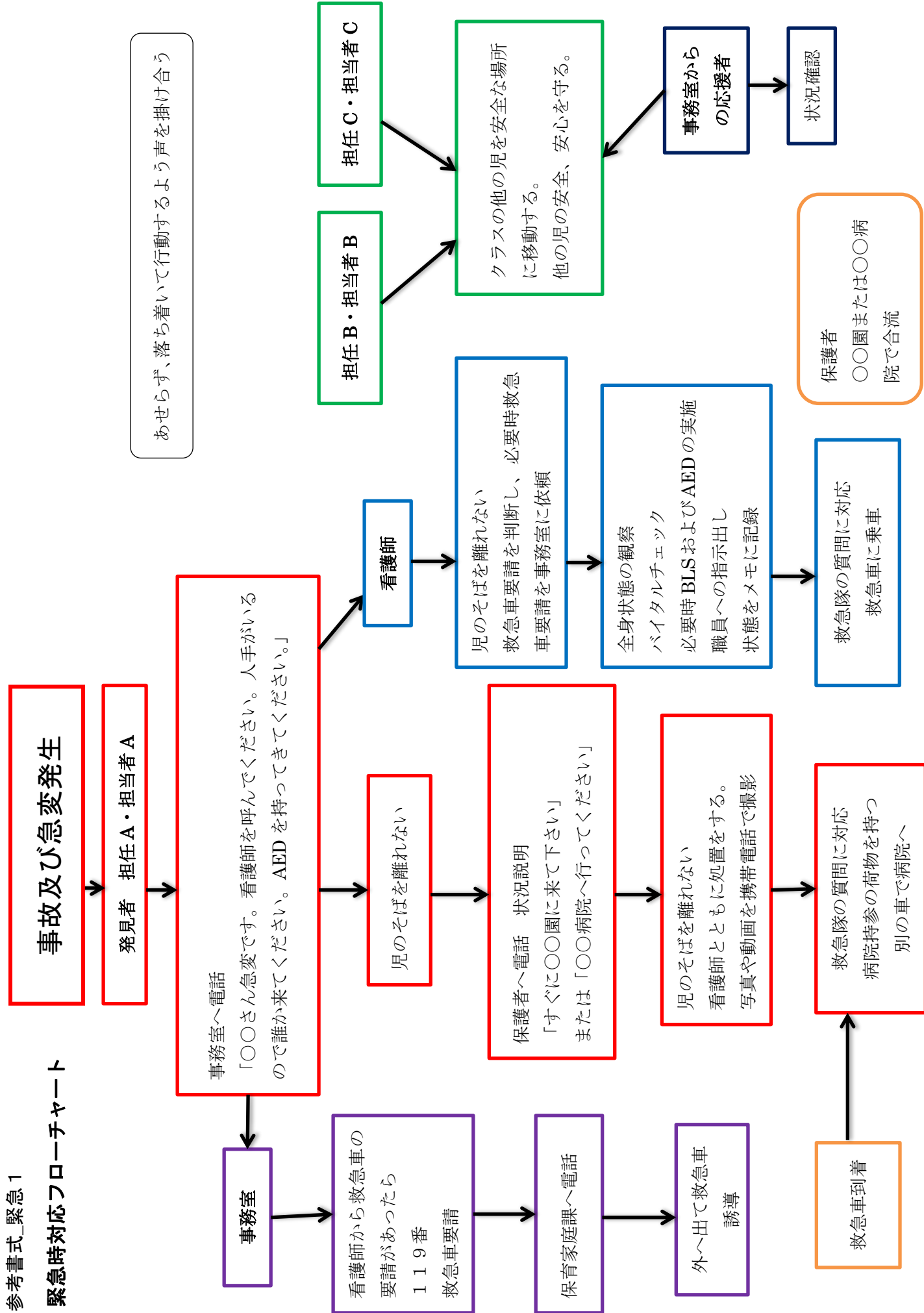
医療的ケア児 事故報告書 (速報 ・ 事後) 【記入例】

下記のとおり事故が発生したので報告します。

園児名 (生年月日)	赤石 翔 (平成16年10月 2日) (男)女	保護者名 電 話	赤石 高男 22-0000
発 生 日	令和 6年 8月 3日 (火)	担 任 保育士名	保 育 園 子
発生時刻	<u>午前</u> 午後 10時 55分	発生場所	園プールサイド
事故の種類	プールサイドでの転倒による顔面打撲 (鼻血出血)		
発生原因及び 発生状況	<p>(いつ・どこで・だれが・なにを・どうして・どのように・その結果どうなったのか: 必須)</p> <p>プール遊泳の時間が終了間際、プールから出た本児がフェンスにかけてあったバスタオルを取りにいったとき、走ったためつまづいて顔面から転倒した。本児は痛みがり、泣いた。 担任保育士が駆け寄り、本児を抱き起こしたところ、鼻から出血していた。また、右肩前面に擦過傷があった。</p> <p>(出血: 無<u>少量</u>大量 骨折の疑い (無)有 意識: <u>清明</u>混濁・無し 受診: 無(<u>保護者</u>・園)救急)</p>		
保育者の位置	担任は本児とプールの対角線上で、他の園児がプールから出るの見守っていた。本児が走り出したことは認識したが、注意する間もなく転倒した。副担任は約5メートル離れたところで担当園児の体を拭いていた。		
園でとった 処置及び経過	発生時	担任が、そのまま本児を抱いて職員室で顔面を氷で冷やした。園長がすぐに母親へ連絡した。出血は10分程度で止まった。母親は11時30分ころ来園し、念のため、担任と〇〇病院へ受診に向かった。12時10分ころ担任から、検査の結果異常なしとの電話連絡。	
	降園時	念のため本児は病院から帰宅しそのまま休園となる。	
	翌 日		
事故防止の ための対応	<ul style="list-style-type: none"> ・プール開始前の時間に、プールサイドでは走らないよう指導を徹底する。 ・プールから出るときにも走らないよう声掛けをする。 		
保護者への 対応及び反応	<ul style="list-style-type: none"> ・事故が起こったことについて謝罪する。 ・母親は仕事中に呼び出されたことに不満そうであった。 ・園児に変化があれば、園へ連絡もらうよう母親に依頼。 ・夕方に自宅を訪問し、お見舞いと園児の様子を見てくることとする。 		

※治療及び経過は裏面へ

緊急時対応フローチャート



緊急情報提供用紙①（基本情報）

【救急搬送時に救急隊員に提出】

保育所等名： _____

園児自宅住所	番地 (アパート名など _____)		
フリガナ 園児氏名：	男・女	生年月日 年 月 日 年齢 (歳)	
身長／体重	身長	cm	
	体重	kg	
病名（診断名）			
かかりつけ病院			
アレルギー	あり ・ なし ※ありの場合→アナフィラキシー（あり ・ なし）		
服用薬、緊急時の薬			
保護者	名前： _____ (父) _____ (母) TEL： _____ - _____ 第一連絡先： 父・母 携帯電話 (_____ - _____)		
その他：症状			

緊急情報提供用紙②（症状の観察記録）

【救急搬送時に救急隊員に提出】

園児氏名							場所		記録者	
日 時	年 月 日 (曜日)									
	時 分 発見									
	保護者到着時刻： 時 分					救急隊到着時刻： 時 分				
意識	声掛けに反応： 有 ・ 無									
	発声： 有 () ・ 無									
脈拍 (P)	有 (:) 回/分									
	無									
呼吸状態 (HR)	有 () 回/分 ・ 無									
	呼吸浅い ・ ハアハア苦しそう ・ 呼吸いつも通り									
	顔色悪い ・ 顔色いつも通り ・ 唇の色が悪い									
嘔吐	吐きそうな様子あり									
	嘔吐多量あり									
	嘔吐少量あり									
	よだれを垂らしている									
目の動き	眼球が (上・下・右・左) を向いている									
手足の動き	手足がつっぱり硬くなっている									
	手足がガクガク動いている									
	動きに左右差がある									
緊急時対応記録	時刻	SpO2	脈拍	呼吸	児童の様子	医療的ケア	対応・連絡	備考		

	時刻	SpO2	脈拍	呼吸	児童の様子	医療的ケア	対応・連絡	備考
緊急時対応記録								



災害準備

災害時に備えて用意しておくものリスト

品目	チェック欄	
	確認日	
	/	/



疾患名 ()
さん
保護者・サポーターリスト

	名前	第1連絡先	第2連絡先
保護者・(父)			
保護者・(母)			
	施設名	担当者	連絡先
病院			
かかりつけ医			
保育所等			
訪問看護ステーション			
相談支援事業所			
療育センター			
消防署			
行政・保育家庭課			



飯田市保育所等における医療的ケア児受入れガイドライン
(各種様式・参考書式)

発行日 令和6年12月
監修 飯田市立病院 小児科部長 医師 萩元 緑朗
発行者 飯田市 こども未来健康部 保育家庭課
〒395-8501 長野県飯田市大久保町 2534
TEL : 0265-22-4511 (代表)
E-mail : jidou@city.iida.nagano.jp